

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME DE AUDITORIA SGC				
	Código:	SDS-EIG-FT-010	Versión:	1	

Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Gregorio Bueno / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos

Proceso: Gestión Documental
Líder del Proceso: Dirección Administrativa
Auditor: Doris Pilar Ojeda Pérez
Equipo Auditor: N/A
Fecha de Ejecución Auditoría: mayo 2025
ASPECTOS GENERALES DEL PROCESO DE AUDITORIA
OBJETIVO: Verificar la conformidad de los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad en los procesos institucionales bajo el estándar de la ISO 9001:2015
ALCANCE: Desde: La planeación del proceso para la entidad Hasta: El avance en la implementación y la mejora continua del Sistema de Gestión de la Calidad
CRITERIOS: Normas técnicas: ISO9001:2015 e ISO19011:2018, así mismo, políticas MIPG, controles orientados al cumplimiento del proceso, gestión de riesgos, objetivos y metas. Marco Normativo de la Gestión Documental Cronograma implementación del MOP para la SDS Decreto 507 de 2013 Ley de archivos 594 de 2000 Roles y Responsabilidades del SGC. Resolución 1570 de Dic de 2024
LIMITACIONES: No se encontraron limitaciones
METODOLOGÍA UTILIZADA: Se realizó un muestreo representativo de los documentos vinculados al proceso, así como entrevistas presenciales con el personal involucrado. Esta metodología permitió obtener una visión integral y detallada del estado actual del proceso.
RESULTADOS DE LAS AUDITORÍAS PREVIAS: En el primer trimestre de 2025, el proceso de Gestión Documental fue objeto de una auditoría de gestión de riesgos, la cual identificó una (1) no conformidad y cinco (5) acciones para abordar riesgos.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME DE AUDITORIA SGC			
	Código:	SDS-EIG-FT-010	Versión:	

Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Gregorio Bueno / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos

NUMERAL DE LA ISO 9001: 2015	DESCRIPCION DEL HALLAZGO (Describir los aspectos que se encontraron en el transcurso de la auditoria)	CONFORME	NO CONFORME
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN 4.1 Comprensión de la organización y su contexto. 4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes Interesadas	El proceso ha identificado los factores internos y externos del proceso gestión documental, mediante matriz DOFA que se encuentra en la caracterización con fecha de vigencia 02/01/2025 CÓDIGO: SDS-GDO-CAR-001 versión 1. Contiene cinco 5 oportunidades, dos (2) amenazas, cinco (5) fortalezas y cuatro (4) debilidades La matriz de partes interesadas cuenta con ocho salidas, cinco partes interesadas, describe las necesidades, requisitos normativos, instrumentos archivísticos, las expectativas; mecanismos y frecuencias de seguimiento/revisión de las necesidades(es) y expectativa(as), los Aspectos de Mejora y Conclusiones. Revisada la información del proceso Gestión Documental se da por cumplido el numeral	X	
5.3 ROLES REponsabilidades Y AUTORIDADES EN LA ORGANIZACIÓN La alta dirección debe asegurarse de que las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes se asignen, se comuniquen se entienda en toda la organización	En la revisión de la documentación del proceso de Gestión Documental, y conforme a lo establecido en el artículo 2 de la Resolución 1570 del 27 de diciembre de 2024, mediante la cual se actualiza el modelo de operación por procesos de la Secretaría Distrital de Salud, se identificó que los líderes de proceso son responsables de garantizar el cumplimiento de las acciones definidas en cada uno de los procesos, en el marco de los lineamientos del Sistema de Gestión y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG); en este contexto, se evidenció que los responsables del proceso de Gestión Documental son el/la Subsecretario(a) Corporativo(a) y el/la Director(a) Administrativo(a), por lo cual se definió una acción orientada a mitigar riesgos, consistente en documentar de manera clara y detallada las responsabilidades asignadas a cada uno de estos líderes dentro del proceso.	X	
6 PLANIFICACION 6.1. Acciones para abordar riesgos y oportunidades Literal 6.1.2	En la revisión realizada al proceso de Gestión Documental, se evidenció que el mapa de riesgos no cumple de manera integral con los requisitos establecidos en el formato institucional SDSDFOT011V.1 ni con los lineamientos definidos en la Guía para la Administración del Riesgo del DAFP. Específicamente, las descripciones de los riesgos no siguen la estructura institucionalmente definida ("Posibilidad de + Impacto + Causa inmediata + Causa raíz"), lo cual afecta la claridad, trazabilidad y comprensión del análisis de riesgos y sus implicaciones. Esta situación contraviene el principio de planificación efectiva exigido por la norma, que requiere integrar las acciones en los procesos y evaluar su eficacia. En este sentido, resulta fundamental fortalecer la identificación de la causa raíz de los riesgos, asegurar su alineación con los objetivos estratégicos		X

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME DE AUDITORIA SGC			
	Código:	SDS-EIG-FT-010	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz /Revisado por: Gregorio Bueno / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

	del proceso y precisar las evidencias y documentación que respalden el cumplimiento de los controles establecidos. En consecuencia, se configura un incumplimiento del numeral 6.1 de la norma ISO 9001:2015.		
7. APOYO 7.5. Información documentada 7.5.2 Creación y actualización	En la revisión del proceso de Gestión Documental, recientemente incorporado al modelo por procesos de la entidad, se identificó que el proceso cuenta con planes, formatos, guías, programas, instructivos y lineamientos, sin embargo, no se encontró evidencia de que estos documentos hayan sido revisados y aprobados formalmente por los líderes del proceso, por lo cual se deja una acción de mejora frente a la revisión de los instrumentos documentales.	X	
7.5.3 Control información documentada	Durante la verificación realizada al proceso de Gestión Documental, se evidenció que no existen procedimientos definidos dentro de sus instrumentos documentales. Si bien se dispone de algunos instructivos, la ausencia de un procedimiento documentado que detalle qué se hace, cómo se hace, cuándo se hace y qué registros se generan representa un incumplimiento del enfoque de control sistemático exigido por la norma, afectando la estandarización, trazabilidad y eficacia del proceso. Por lo tanto, se configura una no conformidad frente al requisito 7.5.3 de la norma ISO 9001:2015, relacionado con el control de la información documentada.		X
8. OPERACIÓN 8.1 PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL	El proceso de gestión documental planifica y supervisa sus actividades a través del Plan Operativo de Gestión y Desempeño (POGD) de la Dirección Administrativa, en la meta 4 actividad 1" <i>Realizar las actividades de Gestión Documental de la entidad</i>" la cual contiene siete subactividades que van relacionadas – Contextualizar.... En la verificación de los reportes del primer trimestre se indicó un cumplimiento del 100%, así mismo se evidencian las hojas de vida de los indicadores y el seguimiento realizado. Adicionalmente, el proceso se desarrolla mediante ocho actividades estratégicas: Planeación archivística, Producción y recepción de documentos, Gestión y Trámite de la documentación en la SDS, Organización Documental, Transferencia Documental, Disposición de Documentos, Conservación y Preservación y Valoración Estas actividades están guiadas por tres instrumentos técnicos: el PINAR, el PGD y el Sistema Integrado de Conservación (SIC) los cuales regulan, clasifican y organizan la documentación generada en la entidad. Estos instrumentos permiten establecer lineamientos para la conservación, preservación y desarrollo de programas y proyectos documentales,	X	

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME DE AUDITORIA SGC				
	Código:	SDS-EIG-FT-010	Versión:	1	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Gregorio Bueno / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

	Las salidas de esta planificación son adecuadas para la operación del proceso dando por cumplido este numeral		
8.5 PRODUCCION Y PROVISION DEL SERVICIO. 8.5.1 Control de la producción y de la provisión del servicio La organización debe implementar la producción y provisión del servicio bajo condiciones controladas.	La implementación del nuevo proceso de Gestión Documental se llevó a cabo mediante una planeación operativa estructurada, con el acompañamiento de Planeación Institucional. En esta fase, se definió la caracterización del proceso, la matriz de riesgos, el análisis y seguimiento de las estrategias del DOFA y la identificación de partes interesadas. Además, se realizó la migración de documentos desde el proceso de Bienes y Servicios, estableciendo la versión 1 del nuevo proceso. En cuanto al uso de herramientas tecnológicas, se continua con el sistema Ágilsalud como herramienta documental electrónica, configurando los expedientes con base en las Tablas de Retención Documental (TRD) y generando reportes de producción por dependencia, serie y tipo documental. Para garantizar el control y seguimiento del proceso, se implementaron controles y mecanismos de monitoreo a través del PGD, PINAR y SIC. La comprobación de la identificación y conservación de documentos se realiza conforme a las políticas y normas archivísticas vigentes, utilizando instrumentos archivísticos como las Tablas de Retención Documental (TRD), los Cuadros de Clasificación Documental, el Sistema Integrado de Conservación (SIC) y la Política de Gestión Documental, aprobada recientemente. La gestión de expedientes se lleva a cabo a través del sistema Ágil Salud, donde se aplican criterios técnicos para su conservación, transferencia y disposición final, asegurando así la integridad, fiabilidad y seguridad de la información. Teniendo en cuenta lo anterior se da por cumplido este numeral	X	
9. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO 9.1. seguimiento, medición análisis y evaluación	En cuanto al seguimiento medición y análisis, se verifica el cumplimiento de los requisitos funcionales del sistema, se aplican controles de acceso mediante perfiles de usuario y se desarrollan autoevaluaciones y monitoreo de indicadores. Todo el proceso se enmarca en la normatividad establecida por el Archivo General de la Nación y el Archivo Distrital, cumpliendo con los criterios técnicos y normativos definidos en los instrumentos archivísticos, así como las herramienta para el seguimiento y evaluación del proceso de gestión documental ya nombradas en otros numerales: PGD, PINAR y SIC, así mismo se realizan encuestas de percepción del usuario diseñadas acorde con las necesidades de gestión documental de la entidad las cuales están programadas para su aplicación en el		

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME DE AUDITORIA SGC			
	Código:	SDS-EIG-FT-010	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Gregorio Bueno / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

	mes de junio. Se cuenta con tres indicadores para la medición de la política los cuales son: Porcentaje de actividades del cronograma general de implementación del PGD cumplidas, su medición es trimestral, Porcentaje de cumplimiento de actividades de capacitación en conservación documental, su medición semestral, Porcentaje de cumplimiento de las actividades de los programas del PINAR cuya medición trimestral estos indicadores permiten evaluar la gestión documental, facilitando un seguimiento constante y la detección oportuna de posibles desviaciones. El seguimiento operativo se realiza a través del control de cronogramas de limpieza y transferencia documental, actas de acompañamiento y comunicaciones formales ante incumplimientos, asegurando un control efectivo sobre las actividades clave del proceso. Paralelamente, se valida el cumplimiento normativo con la revisión de las tablas de retención documental en expedientes físicos y electrónicos, garantizando la trazabilidad mediante sistemas como Ágilsalud. Se elaboran reportes que se comparten con Planeación Institucional, permitiendo retroalimentar el sistema de gestión. Teniendo en cuenta lo anterior se da por cumplido este numeral	X	
10 MEJORA 10.3 Mejora Continua	El proceso cuenta con una auditoria de riesgos que tiene una (01) No conformidad y cinco (05) Acciones para abordar riesgos indicadores de la política documental la cual se encuentra en proceso ejecución del plan de mejoramiento. La organización ha fortalecido sus acciones en capacitación y prevención de errores humanos mediante la implementación de entrenamientos específicos y controles orientados a mejorar la conservación documental., el equipo demuestra un claro compromiso con la mejora continua, reconociendo que se encuentran en una etapa de implementación y aprendizaje, y manteniéndose abiertos a observaciones que fortalezcan el proceso.	X	
ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES (Al planificar el sistema de gestión de la calidad, la organización debe considerar las cuestiones referidas en el apartado 4.1 y los requisitos referidos en el apartado 4.2, y determinar los riesgos y oportunidades que es necesario abordar con el fin de: a) asegurar que el sistema de gestión de la calidad pueda lograr sus resultados previstos) aumentar los efectos deseables; c) prevenir o reducir efectos no deseados; d) lograr la mejora. 6.1.2 La organización debe planificar: a) las acciones para abordar estos riesgos y oportunidades) la manera de: 1) integrar e implementar las acciones en sus procesos del sistema de gestión de la calidad (véase 4.4.);2) evaluar la eficacia de estas acciones.			
1. En la revisión de la documentación del proceso de Gestión Documental, y conforme a lo establecido en el artículo 2 de la Resolución 1570 del 27 de diciembre de 2024, mediante la cual se actualiza el modelo de operación por procesos de la Secretaría Distrital de Salud, se identificó que los líderes de proceso son			

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME DE AUDITORIA SGC			
	Código:	SDS-EIG-FT-010	Versión:	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Gregorio Bueno / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos				

responsables de garantizar el cumplimiento de las acciones definidas en cada uno de los procesos, en el marco de los lineamientos del Sistema de Gestión y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG); en este contexto, se evidenció que los responsables del proceso de Gestión Documental son el/la Subsecretario(a) Corporativo(a) y el/la Director(a) Administrativo(a), por ello es necesario que se documente y se evidencie de manera clara y detallada las responsabilidades asignadas a cada uno de estos líderes dentro del proceso.

- En el proceso de Gestión Documental, recientemente incorporado al modelo por procesos de la entidad, se identificó la existencia de planes, formatos, guías, programas, instructivos y lineamientos; sin embargo, no se encontró evidencia de su revisión y aprobación formal por parte de los líderes del proceso. Por lo tanto, se requiere realizar la revisión y validación formal de estos instrumentos documentales.

CONCLUSIONES

(Describir los aspectos positivos y el alcance relevante del proceso de auditoría de calidad).

- El proceso de Gestión Documental ha sido recientemente formalizado como un proceso independiente, lo que ha fortalecido su visibilidad, control y trazabilidad. Además, cuenta con documentos archivísticos fundamentales, como instructivos, formatos, guías, lineamientos, planes, políticas y programas que constituyen valiosos soportes para garantizar una gestión documental adecuada y eficiente, sin embargo, es importante su revisión y aprobación.
- El proceso demuestra que cuenta con profesionales especializados para el desarrollo de las actividades como son: historiador, conservadora, tecnólogos, profesionales en gestión documental lo que permite garantizar la adecuada gestión en marco a las responsabilidades del proceso.
- Se recomienda realizar las gestiones necesarias para asegurar que los archivos de información estén completamente diligenciados, especialmente en la base de datos denominada "Radicados Entrada", donde se ha identificado que dos columnas presentan pocos registros incompletos. Es fundamental resaltar la importancia de mantener la información clara, precisa y actualizada, ya que esto garantiza la trazabilidad y transparencia del proceso, además de contribuir al fortalecimiento de los controles internos y a una toma de decisiones más efectiva.
- Es importante priorizar el análisis de las salidas no conformes para fortalecer la capacidad de respuesta frente a errores, así como implementar acciones correctivas y capacitar al personal en su aplicación.
- Se sugiere que la matriz de recursos humanos incluida en la caracterización del proceso refleje la estructura actual del mismo. En la información suministrada se evidenció la diferencia de tres personas en el proceso. Considerando que este proceso es nuevo y está en fase de desarrollo, se deja como recomendación atender estas discrepancias para que, en adelante, las modificaciones sean ajustadas conforme a las necesidades reales del proceso, asegurando así una gestión adecuada del talento humano.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	INFORME DE AUDITORIA SGC				
	Código:	SDS-EIG-FT-010	Versión:	1	
Elaborado por: Mónica Ulloa Maz / Revisado por: Gregorio Bueno / Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos					

Revisado gestor de calidad OCI: _____ Mónica Marcela Ulloa Maz	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL AUDITOR LÍDER: DORIS PILAR OJEDA PEREZ	FIRMA DEL AUDITOR LÍDER:
NOMBRES Y APELLIDOS EQUIPO AUDITOR: N/A	FIRMA DEL EQUIPO AUDITOR: N/A
NOMBRES Y APELLIDOS JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO: OLGA LUCIA VARGAS COBOS	FIRMA JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO: